**ALLEGATO A**

**DICHIARAZIONE DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE**

**MANIFESTAZIONE D’INTERESSE PER LA REALIZZAZIONE DI UNO SPORTELLO ECONOMICO-FINANZIARIO E LEGALE A SUPPORTO DEI CITTADINI DEL TERRITORIO DI ATS DELLA BRIANZA AFFETTI DA DISTURBO DA GIOCO D’AZZARDO E LORO FAMILIARI, NELL’AMBITO DEL PIANO LOCALE GAP DI ATS BRIANZA/OBIETTIVO GENERALE 3, IN ATTUAZIONE DELLE DGR 585/2018, 3376/2020 E 4674/2021ANNO 2022.**

Io sottoscritto/a ……………………………………………………………………………………….

nato/a a ………………………………………………………………...il……...…………………….

residente a ……………………………………………………………………………………………..

Via ………………………………………………………………………N°…………………………

in qualità di Legale Rappresentante dell’Ente ………………………………………………………..

Codice fiscale ........................................................................................................................…

Partita IVA ..............................................................................................................................…

Sede legale .............................................................................................................................…

Telefono …………………….. Cellulare……………………………..

E-mail …………………………………………………………………………………………………

Sede operativa .......................................................................................................................…

Telefono …………………….. Cellulare……………………………..

E-mail ……………………………………………………………………………………………………

N° iscrizione INAIL ................................................................................................................…

N° iscrizione INPS ..............................................................................................................…...

Sedi territorialmente competenti ………………………………………………………………….

Indirizzo PEC**……………………………………………………………….**

Ai sensi degli artt. 38 comma 3°, 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni, consapevole delle sanzioni penali e delle conseguenze previste dagli artt. 75 e 76 del citato decreto per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci nonché delle conseguenze amministrative di decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato, sotto la propria responsabilità

**DICHIARO**

1. Di aver letto, compreso e di accettare integralmente quanto stabilito nell’avviso di manifestazione di interesse;
2. Di osservare le norme comunitarie, nazionali e regionali in materia di lavoro, tutela della privacy e sicurezza del lavoro;

**INFORMATIVA PRIVACY**

**AI SENSI DEL REGOLAMENTO 679/2016/UE**

Si informa che:

·      tutti i dati personali (comuni identificativi, sensibili e/o giudiziari) comunicati all’Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Brianza saranno trattati per le finalità istituzionali e per le finalità consentite dalla legge nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento Generale sulla protezione dei dati personali 679/2016 dell’Unione Europea;

·      il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatico-digitali;

·      il Titolare del trattamento dei dati personali è l’Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Brianza (Sede Legale: Viale Elvezia, 2 - 20900 – Monza Tel. 039/23841 - Sede Territoriale: C.so Carlo Alberto, 120 – 23900 Lecco - Tel. 0341/482111);

·      l’Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento UE 679/2016, ai seguenti recapiti: E-mail: protocollo@ats-brianza.it – PEC: protocollo@pec.ats-brianza.it ;

·      l’informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016 è reperibile presso l’ATS e/o consultabile sul sito web dell’ente all'indirizzo: [https://www.ats-brianza.it](https://www.ats-brianza.it/it/altri-contenuti/271-altri-contenuti-dati-ulteriori.html#privacy) - *Amministrazione Trasparente – Altri Contenuti – Dati Ulteriori – 2.4.7 Privacy;*

·      il Data Protection Officer (*Art. 37 Reg. 679/2016*) nominato dall’Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Brianza è il Dott. Luigi Recupero, individuato dalla Società LTA S.r.l. (Sede: Vicolo delle Palle, 25 - Roma - Cap 00186 - P.IVA 14243311009).

* Autorizzo al trattamento dei dati personali Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Luogo e data**

**Firma del dichiarante**

**DOCUMENTI DA ALLEGARE:**

* Fotocopia carta d’identità in corso di validità del Legale Rappresentante
* Progetto/Progetti
* Curriculum tecnico